Lane Medical Library

Aus dem Garnison-Lazarett I in Metz. (Chefarzt: Generaloberarzt Dr. Schneider.)

Hysterische Seh- und Hörstörungen bei Soldaten.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOKTORWÜRDE

AN DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN.

VON

Otto Kluge

aus Lingen a. d. Ems.

Assistenzarzt b. Königs-Inf.-Reg. (6. Lothringischen) Nr. 145.

Tag der Promotion: 30. Januar 1914.

Emil Ebering, Berlin NW., Mittelstr. 39.

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. **Bonhoeffer**.

Hysterische Seh- und Hörstörungen bei Soldaten.

Das Vorkommen von Störungen in der Tätigkeit der Sinnesorgane bei Hysterischen ist bekannt, seit die Hysterie als Krankheit sui generis aufgefaßt wurde. Die meisten vor Mitte des 19. Jahrhunderts mitgeteilten Fälle betrafen die vollständige ein- oder doppelseitige Blindheit. Unter den geringgradigeren Störungen hat die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung die meiste Beachtung gefunden. Seit v. Graefes Beschreibung ist die Anaesthesia retinae bekannt (zit. nach Binswanger [4]). Eine ausgedehnte Literatur hat sich, namentlich im Anschluß an die Arbeiten von v. Frankl-Hochwart und Topolanski (6) 1895, über diese zur Kenntnis des Wesens der Hysterie wichtige Frage entwickelt.

Als dem derzeitigen Standpunkte entsprechend sind, in Anlehnung an Aschaffenburgs (1) Darstellung der Hysterie, die Störungen sensorieller Wahrnehmung bei Hysterischen folgendermaßen aufzufassen: Intakt ist die Bahn Reiz — Leitung — Perzeption, die Apperzeption erfolgt nicht. Das auf keinen Zuruf reagierende hysterisch-taube Kind, das eine Melodie nachpfeift, der herumtappende hysterische Blinde, der vor Gegenständen im Wege anhält, „nimmt wahr, wird sich aber der Wahrnehmung nicht bewußt". Die Empfindung gelangt, um Wundts Vergleich zu gebrauchen, in das Blickfeld, aber nicht in den Blickpunkt der Aufmerksamkeit oder Apperzeption. Bei nicht psychopathischen Individuen erfolgt ein solches Nichtauffassen sensorieller Empfindungen unter dem Einfluß psychischer Ablenkung, der Affektspannung oder Ermüdung. Zu diesen die Apperzeption ausschaltenden Faktoren kommen bei Hysterischen vermöge ihrer Eigenschaft, Vorstellungen in körperliche Erscheinungen umzusetzen, über-

wertige Vorstellungen. Und diese Vorstellungen selber sind pathologische Produkte des der Hysterie allgemein zukommenden Mißverhältnisses zwischen Reiz, besonders gefühlsbetontem, und Reaktion.

Dieses Mißverhältnis zwischen Reiz und Reaktion erklärt auch solche Fälle, in denen eine Leitungsunterbrechung durch Einwirken überwertiger Vorstellungen nicht zwanglos anzunehmen ist. Das dürfte im allgemeinen von den Störungen der kutanen Sensibilität gelten; daß die sensoriellen diesen gleichzubewerten sind, legt die klinische Erfahrung über ihr gemeinsames Vorkommen und die Analogie des Empfindungsablaufes nahe.

Es kann nicht die Aufgabe der vorliegenden Arbeit sein, hierin wesentlich Neues zu bringen. Aber wenn auch die Hysteria virilis der Soldaten im Grunde nur dieselben Krankheitsursachen, -äußerungen und -ausgänge hat, wie bei anderen Menschen, so bietet sie doch unter der Einwirkung des eigentümlichen Milieus so anders gefärbte Bilder, und bedarf aus praktischen Gründen so vielfach einer Beurteilung unter abweichenden Gesichtspunkten, daß eine Reihe von Arbeiten sich mit ihr speziell befaßt: Außer verschiedenen kasuistischen Mitteilungen seien die Aufsätze von Stier (12), Dannehl (5) und Th. Becker (3) erwähnt.

In den drei Jahren von Oktober 1910 bis September 1913 wurden auf der Korps-Nervenstation des Garnisonlazaretts I in Metz 293 Fälle von Hysterie aufgenommen, durchschnittlich also jährlich 98; ein Material von Hysteria virilis, wie es kaum irgend sonstwo in stationäre Beobachtung kommen dürfte. Bei 10 Patienten, also etwa 3,4 %, standen Störungen des Gesichtssinnes im Vordergrunde; ihre Krankengeschichten gebe ich im folgenden wieder. Hinzugefügt habe ich zwei von hysterischen Hörstörungen. Sie bieten im weitgehenden Maße eine Parallele zu den 10 ersteren Fällen, und erfordern m. E. auch an sich ein gewisses klinisches Interesse, da die

Mitteilungen über hysterische Taubheit bezw. Schwerhörigkeit wenig zahlreich sind.

Fall 1. F., 21jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Bergmann.

16. X. 12: Einstellung. S. = 5/6 bdsts. Klagt bald darauf über schlechtes Sehen.

13. XI.: S. = 5/8 bdsts.

20. XI.: Lazarettaufnahme. Nervenstation.

Vorgeschichte: Mutter Kopfschmerzen. Eins der Geschwister nervös. Selbst nie krank, gut gelernt. Klagt über Schwindel beim Klettern und Laufen.

Befund: Rechts Emmetropie, S. = 5/25. Links Spur Astigm. hyperm. S. = Fingerzählen 1 m. Fundus normal. Binokulärer Sehakt. Konjunktival- und Schlundreflex fehlen. Patellarreflexe gesteigert. Dermographie.

Behandlung: Schwitzbehandlung mit täglicher Ganzpackung von 1½ Stunde, 3 g Aspirin, Bettruhe.

30. XI.: Ruhiges Verhalten. Unauffällig, still für sich. Ordination: Aufstehen, systematische Vernachlässigung.

13. XII.: S. rechts = 3/15, links = 5/18. Subjektiv keine Besserung empfunden. Stark erhöhte Gefäßerregbarkeit, lebhafte Muskelerregbarkeit, Fingerzittern. Starke Druckempfindlichkeit des Unterbauches. Schmerzempfindlichkeit links < rechts.

Diagnose: Hysterische Schwachsichtigkeit. Dienstunbrauchbar gemeldet.

16. XII. 12 entlassen.

Fall 2. Dr., 20jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Zigarrenmacher.

Frühjahr 1911 Musterung, S. = 5/5 beiderseits.

14. X. 11: Einstellung, S. = 5/7,5 beiderseits. Klagt dann über schlechtes Sehen.

9. XI.: S. binokulär = 5/15, unsicher.

15. XI.: Lazarettaufnahme, Augenstation.

Vorgeschichte: Erblich nicht belastet. Bruder der Mutter sei plötzlich fast erblindet. Schlecht gelernt. Will seit dem 13. Lebensjahr an „Krämpfen“ mit Bewußtlosigkeit und Schaum vor dem Munde leiden. Das soll immer beim Haarschneiden und Rasieren auftreten. Viel Schwindel, nach Anstrengungen Ohnmachten. In der Heimat angestellte Erhebungen bestätigen, daß Dr. von jeher als minderbegabt aufgefallen ist. Macht über Entstehung des Augenleidens in gleichgültigem Tone die widersprechendsten Angaben, bleibt schließlich dabei, daß es sich seit einem halben Jahre allmählich entwickelt habe.

Befund: Albern, zeitweise ängstlich, spricht leise, stotternd. Bindehäute leicht gerötet.

Fundus: Papillen etwas grau verfärbt, sonst normal. Liest binokulär kaum 5/25. Farben erkannt.

17. XI.: Liest binokulär kaum 5/30. Farben alle falsch benannt. Gesichtsfeld für Farben wenig, für Weiß stärker, temporal 60 °, eingeschränkt.

Bei Prüfungen des Sehvermögens in verschiedenen Entfernungen und mit verschiedenen Proben ergeben sich widersprechende Werte. Dr. soll deshalb zur Beobachtung auf seinen Geisteszustand auf der Nervenstation vorgestellt werden, was in seiner Gegenwart laut ausgesprochen wird. Sofort begibt er sich an die für Sehprüfungen bestimmte Stelle und liest nunmehr plötzlich alle Zahlen bis zur vorletzten Reihe (S. = 5/5); auch alle Farben werden richtig erkannt. Gefragt, warum er vorher keine besseren Angaben gemacht habe, sagt er: „Ich konnte es damals nicht.“

18. XI.: S. r. = 5/5, l. = 5/7. Gesichtsfeldeinschränkung stärker, für weiß temporal 55 °.

19. XI. zur Nervenstation verlegt.

20. XI.: Unruhiger Gesichtsausdruck. Hastiges, unstetes Wesen. Starkes Stottern. Herabsetzung der Schleimhautreflexe. Steigerung der Gefäßmuskelerregbarkeit. Starke, sich verbreitende Dermographie. Druckpunkte. Finger-

zittern. Lidflattern. Allgemeine Hypalgesie, links mehr empfindend als rechts.

29. XI.: Diagnose: Hysterisch = psychopathische Konstitution.

14 XII.: Volle Sehschärfe. Ruhig, unauffällig, arbeitet fleißig. Trotzdem, „da bei dem psychisch-nervösen abnormen Befund fortgesetzt Konflikte entstehen würden," dienstunbrauchbar gemeldet.

21. XII 12 entlassen.

Fall 3. A. (Pole), 22jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Bergmann.

14. X. 11: Einstellung. Ständiges Augenzwinkern, schlechtes Sehen, deshalb 18. X. Lazarettaufnahme in Diedenhofen. Starke Konjunktivitis. S. r. = 2/30, l. = 3/30. Borwasser, Kupfersulfat, Kokain.

29. XI.: Bindehautkatarrh abgeheilt. S. r. = 2/17, l. = 2/6. Gläser bessern nicht. Hält Druckschrift dicht vor die Augen, liest stockend.

30. XI. verlegt nach Metz, Augenstation.

Anamnese ohne Ergebnis; sei viel augenkrank gewesen, auch Trachom gehabt.

Erhebungen in der Heimat: Erblich nicht belastet. Leidlich gelernt, etwas blöde, sonst nie aufgefallen, keine Krämpfe. Refrakt: R. + 1 D, l. + 1 D; S. = 2/50 beiderseits. Fundus normal. Führt bei Leseversuchen alle möglichen theatralischen Kopf- und Augenbewegungen aus, dabei dem Weinen nahe.

4. XII. verlegt zur Nervenstation.

Völlige Aufhebung der Schmerzempfindung, auch bei Durchstechen von Hautfalten und Ohrknorpel, dabei keine Blutung. Nur Nasenscheidewand empfindlich. Andauernde, verbreitete Hautschriftbildung mit Quaddelbildung. Druckpunkte. Fingerzittern schnell und regelmäßig. Lidflattern. Isoliertes Schwitzen (Mitte der Oberlippe, Kinn). Bindehautreflexe herabgesetzt.

Liegt mit unnatürlich weit aufgerissenen Augen zu Bett; spricht nicht, kümmert sich nicht um seine Umgebung.

18. XII.: Benehmen außer Bett wie ein nahezu Blinder, tastet sich herum. Zählt Finger auf 1 bis 1½ m unter fortgesetztem Kopfverdrehen.

Diagnose: Hysterisch-psychopath. Konstitution. Dienstunbrauchbar gemeldet.

21. XII. 11 entlassen.

Fall 4. J., 20jähriger Infanterist, 1. Jahrgang, früher Bauer.

Oktober 1911 Einstellung. Bald nachher fällt auf, daß J. nicht zielen kann.

9. XII. 11: Skiaskopisch r. — 3 D, l. — 3 bis — 4 D. Bei Vollkorrektion S. r. = 5/24, l. = 5/30. Fundus normal.

Lazarettaufnahme, Nervenstation.

Gibt an: Beide Eltern augenkrank. Großmutter in höherem Alter geisteskrank. Bruder des Vaters trinkt viel, „ist nicht richtig". Selbst immer gesund, schwer gelernt, seit jeher schlecht gesehen. Im Mai 1911 Ziegelstein auf den Kopf gefallen, war danach „drei Tage wohl bei mir selbst, aber doch wieder nicht richtig bei mir selbst". Seit der Zeit leicht aufgeregt, z. B. wenn man ihn schimpfe.

Erhebungen in der Heimat bestätigen: Schon in der Schule kurzsichtig. Kopfverletzung wie angegeben.

Zeugnisse: mittelmäßig.

Befund: Hinterschädel steil, Stirn fliehend, angewachsene Ohrläppchen; steiler, hoher Gaumen, Haarbrücke zwischen den Augenbrauen. Psychisch klar, geordnet, ruhig. Hinterhaupt klopfempfindlich, klagt über Kopfsausen. Neurologisch wie unten.

15. XII.: Beschäftigt sich in der Hausarbeit, aber wenig, muß immer getrieben werden.

23. XII.: Will noch nicht 3/30 lesen, bewegt sich aber im Raume wie ein Normalsehender.

Schwitzbehandlung.

9. I.: Fast völlige Aufhebung von Hornhaut-, Bindehaut-, Gaumen- und Rachenreflex. Starke Steigerung der Hautgefäßerregbarkeit. Lebhafte Knochenhaut- und Sehnenreflexe, gelegentlich durch Muskelanspannung überdeckt. Sehr lebhaftes Fingerzittern. Psychogen verstärktes Schwitzen. Bei der Untersuchung isoliertes Schwitzen in der Mittellinie der Ober- und Unterlippe. Berührungsempfindlichkeit intakt. Leichte Hypalgesie; Empfindung bei Gleitprüfung und Reihenstich l. > r. Intelligenzprüfung ergibt sicheren Defekt des Lebenswissens und der Urteilsfähigkeit.

Diagnose: Hysterisch-psychopath. Konstitution. Dienstunbrauchbar gemeldet.

13. I. 12 entlassen.

Nachuntersuchung Sommer 1913: S. = 3/30 beiderseits.

Fall 5. L. (Pole), 20jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Gasstocher.

Oktober 1911 Einstellung. S. = 6/12 beiderseits.

8. I. 12: Lazarettaufnahme, Nervenstation.

Nicht belastet, nie krank, schwer gelernt. Im August 1911 glühende Asche in die Augen geflogen, habe zunächst nichts sehen können, seitdem nicht gearbeitet, ärztlich behandelt.

Befund: Hoher, steiler Gaumen. Hochgradige Herabsetzung der Schleimhautreflexe. Steigerung der Knochenhaut- und Sehnenreflexe, auf leichten Reiz erfolgt schleudernde Zuckung. Stark gesteigerte Erregbarkeit der willkürlichen und Gefäßmuskeln. Völlige Analgesie, auch Ohrknorpel, Nasenscheidewand; bei tiefen Stichen keine Blutung. S. = 2/24 beiderseits; keine organischen Veränderungen der Augen.

Galvanisation der Augengegend, Schwitzbehandlung.

7. 2.: S. = 3/30 beiderseits. Perimeteraufnahme nicht möglich, weil L. angeblich den Fixierpunkt nicht sieht. Bewegt sich jedoch völlig frei im Raume. Ist dauernd stumpf und gleichgültig, jedoch übererregbar durch Anwesenheit von Vorgesetzten. Bekommt dann ängstlichen Gesichtsausdruck

und einen sich fortgesetzt steigernden Schütteltremor, der schließlich den Fußboden erschüttert. Keine Aenderung der Art der Bewegungen bei anders gerichteter Innervation, z. B. beim Sprechen. Intelligenzprüfung ergibt dauernd erheblichen Defekt, der allerdings durch seine Aengstlichkeit verstärkt erscheint (versagt schon bei den einfachsten Merkfähigkeitsproben).

Diagnose: Hysterische Schwachsichtigkeit. Dienstunbrachbar gemeldet.

9. II. 12 entlassen.

Fall 6. Bl., 24jähriger Hilfshoboist, 4. Jahrgang, früher Landwirt und Musiker. 1908 Einstellung, S. r. = 6/12, l. = 6/8. Am 19. X. 11 habe er schlechter als sonst gesehen; am 20. X. abends bei Verlassen der Kantine plötzlich fast nichts mehr. Seitdem bisweilen Schwindel und Stechen in den Augen.

25. X. 11: Lazarettaufnahme Mörchingen.

Erblich nicht belastet. Früher nie krank. Kein Trauma, wenig Alkohol und Tabak.

S. r. = 0,3/30, l. = 0,6/30. Farben mit beiden Augen nicht erkannt. Gesichtsfeld nach allen Seiten sehr stark eingeschränkt. Klagt über Nebelsehen vor den Augen.

28. X.: S. = 0,15/30 beiderseits. Schwitzbehandlung.

3. XI. verlegt nach Metz, Augenstation.

Befund: Hyperm. Astigmat. von 2 D beiderseits. Nasal parazentral an der hinteren Linsenfläche beiderseits ein kleiner schwarzer Punkt. Eben beginnendes Staphyloma posticum beiderseits. Papille, Netzhaut sonst normal. Pupillen reagieren. S. = Fingerzählen in ¼ m beiderseits. Gesichtsfeld nicht aufzunehmen. Bewegt sich frei und sicher, ohne jemals anzustoßen. — Schwitzbehandlung, Galvanisieren der Augengegend.

8. XI. verlegt zur Nervenstation.

14. XI.: Fingerzählen in 3 m, Befund schwankend.

16. XI.: Befund: Schlaffe, energielose Haltung. Erheb-

lich gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit. Dermographie mit Exsudatbildung. Knochenhaut- und Sehnenreflexe erheblich gesteigert, auf leichten Reiz erfolgt schleudernde Zuckung. Schleimhautreflexe, Kornealreflex fehlen, Druckpunkte. Schmerzempfindung spurweise r. l. Sonst Sensibilität intakt.

Diagnose: Hysterische Schwachsichtigkeit.

2. XII.: Langsame, gleichmäßige Besserung. Psychisch unauffällig, keine Depression oder hypochondrische Stimmung.

19. XII. 11 zur Truppe entlassen. Von einer Nachbehandlung im Genesungsheim wird abgesehen, vielmehr Bl. nachträglich dienstunbrauchbar gemeldet und am 10. I. XII. entlassen.

Fall 7. N., 22jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Becker.

N. wird von seinem Truppenteil wegen mangelhaften Sehens als dienstunbrauchbar gemeldet, zur Beobachtung am 12. I. 12 auf der Korps-Augenstation aufgenommen.

Befund: Augen reizlos. Alternierendes Einwärtsschielen, Schielwinkel ist gering, etwa 15°. Brechende Medien klar. Der Augenhintergrund zeigt bis auf eine feine streifige Trübung am inneren Rande des rechten Sehnervenkopfes (alte abgelaufene chorioiditische Veränderung) nichts Abnormes. Refraktion r. + 1,5, l, + 1,5; S. r, = 5/15, l. = 5/18. Gibt auch an, links schlechter zu sehen. Gesichtsfeld gleichmäßig für weiß und Farben konzentrisch eingeengt, nasal auf 35°, temporal 40—45°.

15. I.: Mit Punktproben S. = 11/12 beiderseits.

19. I.: Untersuchung auf der Korps-Nervenstation: Schleimhautreflexe stark herabgesetzt. Gesteigerte nervöse Erregbarkeit. Analgesie. Tumor.

20. I. Liest jetzt auch mit den gewöhnlichen Proben 5/7 bis 5/8 beiderseits. Das Gesichtsfeld ist bei zwei Nachuntersuchungen jedesmal erheblich weiter geworden. Die Seh-

störung wird danach als hysterische bezeichnet, und N. dienstfähig zur Truppe entlassen.

Fall 8. H., 22jähriger Kanonier, 1. Jahrgang, früher landwirtschaftlicher Tagelöhner.

Klagt bei der Einstellung Oktober 1912 über Nachtblindheit.

27. X. 12: Lazarettaufnahme, Augenstation.

Mutter leide an Kopfschmerzen und könne nicht ins Licht sehen, sonst bekomme sie Tränen. Zwei Geschwister sollen das gleiche Leiden haben wie Pat. Habe von jeher bei Tage nur in der Nähe, bei Dunkelheit überhaupt nichts sehen können. Im 9. und 16. Lebensjahre „blutarm und nervenkrank", seitdem Zittern, Herzklopfen. Habe nachts in der Kaserne andere Leute angestoßen, sich führen lassen müssen, um die Treppe oder Stube zu finden.

Befund: Ist deprimiert und ängstlich, sieht dauernd scheu nach unten. Angeredet, zittert er. S. = 8/30 beiderseits. Emmetropie. Fundus: An einzelnen Stellen der Peripherie etwas pigmentarm. Verbreiteter Skleralring. Papillen haben einen leicht grauen Ton, ohne blaß zu sein. Neurologisch (Nervenstation): Rechtsseitiges Zittern. Herabgesetzte Schleimhautreflexe. Gesteigerte nervöse Erregbarkeit. Linksseitige Hypästhesie für feine Berührungen. Druckpunkte.

Diagnose: Hysterisch-psychopath. Konstitution.

2. XI. 12: S. = 5/60. Dienstunbrauchbar gemeldet.

21. XI. 12 entlassen.

Fall 9. S., 21jähriger Kanonier, 1. Jahrgang, früher Oekonomie-Unterverwalter.

Oktober 1911 Einstellung. S. — 6 6 beiderseits mit — 2 D.

19. V. 12: Lazarettaufnahme, Augenstation.

Vater war rückenmarksleidend. S. war nie krank. Anfang Mai 1912 bei einem Marsche erkältet, seitdem allmähliche Verschlechterung des Sehvermögens.

Befund: Augen äußerlich reizlos. Im Fundus geringe bindegewebige Veränderungen am Rande der Papille, rechts stärker als links. S. r. = 5/15, l. = 2/30.

Neurologisch (Nervenstation): Gesteigerte Sehnenreflexe. Fehlende Schleimhautreflexe. Gesteigerte nervöse Erregbarkeit. Druckpunkte. Keine Sensibilitätsstörungen.

Diagnose: Hysterische Schwachsichtigkeit.

Schwitzbehandlung, Galvanisation der Schläfengegend, dunkle Brille.

21. V.: S. r. = 8/20, l. = 4/30. Gesichtsfeld kaum merklich eingeschränkt.

4. VI.: S. r. = 9/10, l. = 9/24.

18. VI.: S. r. = 8/24, l. = 8/18.

2. VII.: Subjektiv soll das Sehvermögen sich dauernd verschlechtert haben.

6. VII.: S. r. = Fingerzählen in 1 m, links = 8/24 knapp. Nervenbefund wie früher, keine Sensibilitätsstörungen. Mäßige Gesichtsfeldeinengung. Feines Fingerzittern.

8. VIII.: S. r. = Fingerzählen in 1½ m, l. = 8/30. Dienstunbrauchbar gemeldet.

24. VIII. 12: S. r. = 1/30, l. = 5/30. Fundusveränderungen wie oben. Entlassen.

Fall 10. Kr. (Pole), 20jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Walzwerkarbeiter.

Erblich nicht belastet, stets gesund, gut gesehen. Am 17. IV. 12 mit ungeschütztem rechten Auge die Sonnenfinsternis beobachtet. Konnte am selben Abend „nichts Rechtes mehr sehen".

24. IV. 12: Lazarettaufnahme, Augenstation.

Rechts die Macula lutea vielleicht etwas dunkler als links, ein wenig vergrößert. Kein zentrales Skotom. Gesichtsfeld wegen der Schwerfälligkeit des Pat. nicht aufzunehmen. S. r. = 5/30 l. = 5/5.

Behandlung: 2 mal täglich Injektion von 1½ bis 5 mg Strychninum nitr. unter die Haut der rechten Schläfe.

25. 4.: Kein zentrales Skotom. Gesichtsfeld im ganzen eingeengt, bes. temporal Farben haben ganz enge Grenzen, werden alle im Zentrum entschieden am besten erkannt.

1. V.: Ein zentrales Skotom besteht sicher nicht. Gesichtsfeld konzentrisch eingeschränkt. Im Zentrum alle Farben gut erkannt, rot und grün leichter als blau. Macula lutea rechts dunkler als links.

5. V.: Neurologisch (Nervenstation): Gesteigerte nervöse Erregbarkeit.

10. V.: Zählt Finger rechts bis 1 m.

Bindet man dem Pat. das linke Auge zu, so benimmt er sich wie ein vollkommen Erblindeter. Er faßt nach allen Gegenständen und tappt herum. Anders als bei Erblindeten ist nur der Umstand, daß er vor allen im Wege stehenden Gegenständen kurz anhält, um dann erst danach zu fassen. Noch ehe er sie berührt hat, wird der Gang vor Hindernissen schon vorsichtiger.

18. V.: Zeichnet sich durch erhöhte Empfindlichkeit aus. Schon beim Einführen des Löffels zwischen die Zähne fängt er sehr stark zu würgen an. S. r. = Fingerzählen in 1 m, l. = 5/5.

Zur Truppe entlassen, soll versuchsweise Dienst tun, links schießen.

Nachuntersuchung 11. VIII. 12: S. r. = Fingerzählen in 2 m, l. = 5/10. Orientierung mit dem rechten Auge allein gelingt leidlich. Korneal- und Schleimhautreflexe herabgesetzt. R. ausgesprochenes zentrales Skotom, vor allem für Farben; links zentraler Farbensinn gut. Macula lutea rechts nicht dunkler als links.

30. I. 13: S. r. = 5/30, l. = 5/8. Gibt an, mit dem rechten Auge im Zentrum einen dunklen Fleck zu sehen, Buchstaben nur exzentrisch zu erkennen.

Fall 11. R., 19jähriger Obergefreiter, 2. Jahrgang, früher Weinbautechniker.

Erblich nicht belastet, nie krank gewesen. Am 20. II. 11 empfand er beim Abfeuern eines Geschützes einen stechenden Schmerz im rechten Ohre, kann seitdem schlecht hören. Wegen „Blutaustritt im rechten Trommelfell" 3.—9. III. 11 im Revier ambulant behandelt.

Klagt über Sausen im rechten Ohre.

11. XI. 11: Lazarettaufnahme, Ohrenstation. Flüstersprache rechts in 1½ m unsicher, links in 6 m. Beide Trommelfelle leicht eingezogen. Starke Verbiegung der Nasenscheidewand nach rechts. Weber rechts lateralisiert. Rinne nur links positiv. Knochenleitung intakt. Untere Tongrenze links G_2, rechts A. Obere Tongrenze nicht herabgesetzt.

Zweimal täglich 1 g Jodkali.

13. XI.: Entfernung der vergrößerten Rachenmandel.

16. XI.: Flüstersprache r. 30 cm, l. 1,6 m.

28. XI.: Kalorischer Nystagmus r. nach einer Minute positiv. Tube durchgängig. Kopfschmerzen.

Behandlung: Aspirin, Bromnatrium.

15. XII.: Fortschreitende Verschlechterung. Flüstersprache rechts nicht gehört. Kalorischer Nystagmus mit kaltem Wasser nach 2 Minuten positiv.

Verlegt auf die Nervenstation.

17. XII.: Hirnnerven intakt. Hornhaut- und Bindehautreflexe herabgesetzt. Knochenhaut- und Sehnenreflexe lebhaft. Allgemeine, fast völlige Analgesie (zwei Tage vorher nur der rechten Körperhälfte). Druckpunkte. Konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung beiderseits. Lebhaftes Hautschreiben. Intelligenter, lebhafter Gesichtsausdruck. Klagt über Schlaflosigkeit und Kopfschmerzen.

16. I. 12: Unter scheinbarer Vernachlässigung, Unterlassung jeder örtlichen Behandlung und stetem suggestiven Zuspruch Rückgang der Beschwerden; Schlaf, Stimmung gut. Nervenbefund unverändert, Hypalgesie nur der rechten Kör-

perhälfte. Auf Flüstersprache rechts reagiert er gar nicht, ebensowenig aber auf laute Umgangssprache.

2. bis 29. II. 12 in dem Genesungsheim Lettenbach. Ortswechsel erzielt keine Veränderung, völlige rechtsseitige Taubheit. Dienstfähig zur Truppe entlassen.

Fall 12. W., 22jähriger Musketier, 1. Jahrgang, früher Ackerer.

Gibt an: Ein Bruder soll Krämpfe gehabt haben, sonst nicht erblich belastet. Spät sprechen gelernt, in der Schule sei es ihm schwer geworden. 1904 Scharlach, seitdem auf dem linken Ohre fast vollständig taub. Nie Ohrenlaufen. In der Fabrik nicht ausgehalten, dann dem Vater auf dem Acker geholfen.

Erhebungen in der Heimat bestätigen Scharlacherkrankung und Schwerhörigkeit.

Schulzeugnisse „mittelmäßig", schriftlicher Ausdruck „ungenügend".

Der Truppenteil bezeichnet ihn: „Absolut unbrauchbarer Soldat, da er in seiner geistigen Entwicklung völlig zurückgeblieben ist. Er vermag weder im praktischen Dienste noch in der theoretischen Unterweisung die einfachsten Begriffe zu fassen. Er macht den Eindruck eines Idioten."

28. X. 10: Zwei Wochen nach der Einstellung Lazarettaufnahme in Mörchingen.

Flüstersprache rechts in 2 bis 4 m, links dauernd nicht gehört.

12. XI. verlegt nach Metz, Ohrenstation.

Befund: Beiderseits eingezogenes Trommelfell, vermehrt glänzend, läßt das Amboßsteigbügelgelenk deutlich durchschimmern. Beweglichkeit von Gehörknöchelchen und Trommelfell erhalten. Flüstersprache rechts in 5 m, links nicht gehört. Konversationssprache bei verschlossenem rechten Ohre nicht gehört. Bei Weber zweifelhafte Angaben. Tube beiderseits durchgängig.

18. XI.: Links Flüstersprache einmal in 20 cm als gehört zugegeben. Katheterismus, danach links auch in 1⅓ m Flüstersprache gehört.

21. XI.: Flüstersprache rechts in 8 m, links in 4 m.

24. XI.: Flüstersprache rechts in 8 m, links in 7 m.

„Die vorliegenden Veränderungen werden für geringe Rückstände einer chronischen Mittelohrentzündung angesehen. Die Hörstörung ist damit nicht in Einklang zu bringen."

28. XI. 10: Neurologisch (Nervenstation): Rechenaufgaben richtig gelöst, bei Unterschiedsfragen dürftige Antworten. Hoher, steiler Gaumen. Herabgesetzte Schleimhautreflexe. Gesteigerte nervöse Erregbarkeit (Hautschreiben und Muskelwulstbildung). Allgemeine Hypalgesie. Fingerzittern. Kein Gesichtsfelddefekt.

Diagnose: Hysterie.

1. XII. 10: Dienstfähig zur Truppe.

Am 20. 1. 11 Kopfweh. Nach einer Streitigkeit fällt W. um unter Schreien, liegt zuerst ruhig auf dem Bett, macht dann mit den Armen und dem Rumpfe zuckende Bewegungen. Dauer 3 Minuten.

Am 25. und 29. I. im Lazarett Mörchingen typische hysterische Krampfanfälle. Sofort nach der Entlassung zur Truppe am 18. II. der vierte Anfall.

20. II. bis 17. III. im Lazarett Mörchingen, dann auf der Nervenstation Metz: Kein neuer Krampfanfall. Hysterische Stigmata wie früher. Deutlicher Intelligenzdefekt, die Vorstellungsbildung ist äußerst mangelhaft. Unterschiedsfragen dürftig beantwortet (Vogel ist groß, Schmetterling klein), bei abstrakten Begriffen überhaupt nicht.

Keine Störung der Hörfähigkeit.

Diagnose: Hysterisch-psychopathische Konstitution.

Dienstunbrauchbar gemeldet.

1. IV. 11 entlassen.

Bei Auffassung der Hysterie als einer Krankheit auf endogener psychopathischer Grundlage beschränkt sich die Mög-

lichkeit, nach ihrer Aetiologie im einzelnen Falle zu forschen, auf die Feststellung erblicher Belastung und eventueller Keimschädigungen. Die früher als ihre Ursachen angesehenen Schädigungen — als wichtigste: akute und chronische Intoxikationen, langdauernde und erschöpfende Krankheiten, Traumen, Gemütsbewegungen — behalten jedoch ihre Bedeutung als auslösende Momente von Krankheitsäußerungen und seien mit jenen ätiologischen im folgenden zusammengefaßt.

Ueber erbliche Belastung war objektiv in keinem der vorliegenden Fälle etwas festzustellen. Anamnestisch geben 5 von den 12 Patienten eine Belastung an. Nur W. (12) berichtet von einem Bruder, der Krämpfe gehabt haben soll, und der Vater des S. (9) war „rückenmarksleidend". Die drei anderen erwähnen Geringfügigkeiten. Das dreimal angegebene Vorkommen von Augenkrankheiten in der Verwandtschaft kommt vielleicht suggestiv als auslösendes Moment in Betracht.

Dieses Fehlen der erblichen Belastung (denn daß eine wirklich schwere nervöse oder geistige Erkrankung der Eltern nicht bemerkt oder absichtlich verschwiegen sei, ist nicht anzunehmen) fällt um so weniger auf, als es sich in den vorliegenden Fällen doch im ganzen um leichtere Erkrankungen handelt, während auf dem Boden schwerer erblicher Belastung (nach Binswanger [4]) die ausgeprägten Hysterieformen vorherrschen. Auch Dannehl (5) betont die Seltenheit erblicher Belastung bei der Soldatenhysterie.

Ueber Alkoholismus oder Syphilis der Eltern oder des Patienten selber, über Blei- oder Nikotinvergiftung, langdauernde andere Erkrankung wird in keinem Falle berichtet.

Ein gröberes Trauma, durch Erhebungen objektiv festgestellt, findet sich in der Vorgeschichte des J. (4). Dieser, vielleicht erblich belastet, wenig intelligent, erheblich myop, wird 5 Monate vor der Einstellung von einem Ziegelstein am Kopfe getroffen. Danach stellt sich ein drei Tage währender Zustand ein, während dessen er „wohl bei sich selbst, aber doch nicht richtig bei sich selbst" ist; seitdem ist er leicht auf-

geregt und hat Kopfsausen. Und in der Folge tritt, vielleicht unter dem suggestiven Eindruck der angeblichen Augenkrankheit seiner beiden Eltern, eine zunehmende hochgradige Amblyopie mit körperlichen hysterischen Stigmaten auf. Der Fall stellt eine traumatische Hysterie auf dem Boden einer leichten degenerativen Prädisposition dar.

Eine besondere Gemütsbewegung oder ein Affektchok wird in keinem Falle angegeben. Inwiefern als ein solcher der Militärdienst in Betracht kommt, wird weiter unten erörtert werden.

Weniger als ätiologisches Moment der Hysterie, vielmehr als mit ihr parallel auf dem Boden der degenerativen Prädisposition aufzufassen ist wohl der angeborene Schwachsinn, der in zwei Fällen stärker ist. Dr. (2) ist „von jeher als minderbegabt aufgefallen". W. (12) ist „in seiner Entwicklung völlig zurückgeblieben, er macht den Eindruck eines Idioten". In drei weiteren Fällen ist der Schwachsinn in geringerem Grade nachzuweisen. A. (3) „war etwas blöde". J. (4) und L. (5) haben schwer gelernt und weisen einen sicheren Intelligenzdefekt auf.

Das Auftreten der hysterischen Amaurose erfolgt (Binswanger [4]) meist im unmittelbaren Anschluß an hysterische Anfälle. Für die vorliegenden Fälle von Amblyopie trifft das nirgends zu. Ein hysterischer Anfall hätte der Beobachtung bei dem engen Zusammenwohnen in der Kaserne und im Lazarett nicht entgehen können. Abgesehen von höchst zweifelhaften „Krämpfen" in der Anamnese des Dr. (2) sind hysterische Anfälle überhaupt nur in dem einen Fall von Schwerhörigkeit, W. (12), aufgetreten, ohne daß sie zu der Hörstörung in direkter zeitlicher Beziehung stehen.

Hinsichtlich des ersten Auftretens von Seh- bezw. Hörstörungen ist ein solches vor und während der Dienstzeit zu unterscheiden. Bei den vier Fällen von Amblyopie und dem einen Falle von Schwerhörigkeit, deren Beginn vor die Dienstzeit zurückzudatieren ist, lassen sich überall auslösende Mo-

mente feststellen. A. (3) kommt mit einer starken Konjunktivitis, will schon vorher wiederholt augenkrank gewesen sein, J. (4) hat durch seine erhebliche Kurzsichtigkeit schon in der Schule Schwierigkeiten gehabt. Bei beiden mag das eine dergradige „Einstellung auf den Gedanken des Nichtsehenkönnens" zur Folge gehabt haben, daß nach völliger Abheilung der Entzündung bezw. nach Vollkorrektion des Brechungsfehlers eine hysterische Schwachsichtigkeit übrigblieb. L. (5) hat ein an sich unerhebliches Trauma der Augen durch Hineinfliegen glühender Asche erlitten, das die gleichen Folgen hatte. Für die, verhältnismäßig geringfügige, Amblyopie des H. (8) zusammen mit seiner Nachtblindheit, die seit frühester Jugend bestehen soll, kann die suggestive Einwirkung seiner Mutter und zweier Geschwister mit dem gleichen „Leiden" als auslösend gedeutet werden, und schließlich bei dem hochgradig debilen und degenerierten W. (12) die vorangegangene organische Ohrerkrankung. Nach Treitel (13) sollen hysterische Beeinträchtigungen des Gehörs meist an objektive Veränderungen im Gehörorgane anknüpfen.

Von den während der Dienstzeit auftretenden Fällen läßt der Fall R. (11) von Schwerhörigkeit ein bestimmtes auslösendes Moment nachweisen und bestätigt dadurch das zuletzt Gesagte. Es verbleibt nach Abheilung der objektiv nachweisbaren Schädigung des Mittelohrs - Blutaustritt im Trommelfell — eine sehr hochgradige Schwerhörigkeit.

An eine vorübergehende Schädigung des Auges, Blendung bei Beobachtung der Sonnenfinsternis, schließt auch der Fall Kr. (10) an. Bei den übrigen 5 Fällen von Amblyopie ist ein auslösendes Moment nicht nachzuweisen. S. (9) gibt zwar Erkältung bei einem Marsche an; wenn man aber weiß, wie die meisten Augen- und Ohren- und alle möglichen anderen Krankheiten von Laien kritiklos auf Erkältung geschoben werden, und wie bei einem Soldaten das Bestreben, für sein Leiden den Dienst verantwortlich zu machen, diese Neigung verstärken muß, so ist darauf nicht viel zu geben.

Bei 3 Fällen tritt die Verschlechterung des Sehvermögens in den ersten Monaten der Dienstzeit, bei einem, S. (9), nach einem halben Dienstjahr, und nur bei Bl. (6) im vierten Dienstjahre erstmalig auf. Während für letzteren Fall eine Erklärung nicht zu finden ist, dürfte für die vier anderen naheliegen, daß die gesteigerten Ansprüche, wie sie das militärische Leben an die Fähigkeit zur Verarbeitung neuer Eindrücke, zur Selbstbeherrschung und zur Anpassung an fremde Verhältnisse sowie auch in körperlicher Hinsicht stellt, als Affektchok wirkten und dadurch die latente hysterische Veranlagung zum Erscheinen brachten, und daß die erheblichen Anforderungen, die durch das Zielen und Schießen an die Sehleistung gestellt werden, gerade diese Form, die hysterische Schwachsichtigkeit, als erstes manifestes Symptom hervorriefen.

Bei der Besprechung des klinischen Verlaufes seien die beiden Fälle von Schwerhörigkeit vorweggenommen.

Fall W. (12). Der Beginn liegt wie objektiv festgestellt wird, vor der Dienstzeit und wird auf eine Ohrerkrankung nach Scharlach zurückgeführt. Sofort nach dem Diensteintritt stößt die Ausbildung des debilen, auch körperliche Degenerationszeichen aufweisenden Mannes auf unüberwindliche Schwierigkeiten, „er macht den Eindruck eines Idioten", und im Lazarett wird völlige linksseitige Taubheit festgestellt, bei geringen objektiven Veränderungen am Trommelfell, Rückständen einer chronischen Mittelohrentzündung. 14 Tage nach der Ueberführung in spezialärztliche Behandlung geht die jahrelang herabgesetzte Hörfähigkeit innerhalb von 6 Tagen zu einer vollständig normalen zurück, während gleichzeitig auch die Hörleistung des rechten Ohres von 2 auf 8 m steigt. Die zur Stützung der nunmehr gestellten Diagnose „Hysterie" vorgenommene neurologische Untersuchung gibt die Bestätigung: Hypalgesie ohne Bevorzugung einer Seite und andere Stigmata.

Während der weiteren viermonatlichen Beobachtung, die dem Schwinden der Hörstörung folgt, tritt ein Rückfall nicht

ein, obgleich der Verlauf der Grundkrankheit ein progressiver ist; es erfolgen mehrfach typische hysterische Anfälle, so daß W. dienstunbrauchbar entlassen werden muß.

Ein in mancher Beziehung anderes Bild bietet Fall R. (11). Bei diesem, einem intelligenten und willigen Soldaten, verbleiben nach Resorption eines Blutaustritts im rechten Trommelfelle subjektive Ohrgeräusche und eine sich im Laufe eines Jahres bis zur Taubheit steigernde Schwerhörigkeit. Erst 9 Monate nach dem Unfall kommt R., nachdem die erste Behandlung nur 6 Tage gedauert hatte, zur Beobachtung mit einer rechtsseitigen Herabsetzung der Hörfähigkeit für Flüstersprache auf ¼ m, bei heraufgesetzer unterer Tongrenze. Die neurologische Untersuchung deckt eine zweifellose Hysterie auf: Hypalgesie, zuerst auf der Körperhälfte des Ohrenleidens, dann allgemein, beiderseitige konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung. Während unter verschiedenen Behandlungsversuchen: Entfernen der Rachenmandel, Jodkali, Aspirin, Brom, keine Besserung eintritt, unter suggestivem Zuspruch die allgemeinen Beschwerden (Schlaflosigkeit, Kopfschmerz) verschwinden, bleiben die Ohrgeräusche bestehen, und aus der Schwerhörigkeit ist ein Jahr nach dem Unfall eine einseitige Taubheit geworden.

Die Diagnose hatte eine organische Erkrankung auszuschließen, die geeignet war, das Gehör in hohem Maße herabzusetzen. Nicht eine organische Erkrankung überhaupt. Eine Mittelohraffektion kam dem Grade der Hörstörung nach nicht in Betracht. Eine Gehirntaubheit wurde durch das Fehlen irgendwelcher Symptome seitens der übrigen Hirnnerven unwahrscheinlich gemacht. In zweifelhaften Fällen wäre eine Untersuchung von Blutserum und Liquor auf Syphilis erforderlich, namentlich auch in Hinsicht auf die Möglichkeit einer Labyrinthsyphilis. Eine Leitungsunterbrechung der Nervus acusticus durch schweres Trauma ist anamnestisch und durch das Erhaltensein des kalorischen Nystagmus ausgeschlossen worden. Letzteres sprach auch gegen eine abgelaufene Labyrintherkrankung; eine noch bestehende würde

sich durch Schwindel und Gleichgewichtsstörungen geäußert haben. Anamnestisch war besonders auf epidemische Genickstarre zu fahnden.

Nach Ausschluß dieser Möglichkeiten wurde die Diagnose „hysterische Schwerhörigkeit" gestellt auf das gleichzeitige Vorhandensein anderer hysterischer Stigmata hin, speziell der Hypalgesie. Diese war nur in dem einen Falle auf die Seite der Hörstörung vorübergehend beschränkt, bei gleichzeitiger doppelseitiger konzentrischer Gesichtsfeldeinschränkung.

Vor endgültiger Festlegung dieser Diagnose war die Frage der Simulation zu entscheiden. Sie ist in beiden Fällen ausgeschlossen worden, obgleich beide Patienten bei der bekannten Entlarvungsprüfung bei verschlossenem gesunden Ohre laute Konversationssprache nicht hören wollten. Bei der Eigenart der Hysterie, der überwertigen Vorstellung des Nichthörenkönnens, konnte dieser Ausfall der Probe nicht im Sinne der Simulation verwendet werden, und hatte höchstens die Bedeutung, die Diagnose „Hysterie" noch weiter zu sichern. Es können dementsprechend Entlarvungsproben, die auf dem Prinzip der Täuschung beruhen, zur Differentialdiagnose zwischen hysterischer und simulierter Taubheit nie den Ausschlag geben, diesen gibt vielmehr die Beurteilung des ganzen Falles in seinem Verlaufe. Bei R. (11), einem willigen Soldaten (Obergefreiten) konnte Simulation danach sofort ausgeschlossen werden, und bei W. (12) war die Diagnose auf hysterische Schwerhörigkeit anamnestisch sowie durch die schwere psychopathische Konstitution, den Erfolg der Suggestivbehandlung und durch das weitere Auftreten von hysterischen Anfällen ausreichend gesichert.

Im Falle W. trat nach Tubenkatheterismus eine bedeutende Besserung auf, eine Erfahrung, die auch Körner (9) angibt. Es ist nicht festzustellen, ob das weitere völlige Abklingen der Schwerhörigkeit durch den suggestiven Eindruck dieses Eingriffes begünstigt ist. Der Fall R. (11) reagierte auf keinerlei örtliche oder allgemeine Suggestivbehandlung.

Nach Körner (9) ist die Prognose des Leidens günstig, jedoch kann es sich über Jahre hinziehen. Letzteres ist bei W. der Fall gewesen, und R. ist nach einem Jahre mit völliger Taubheit aus der Beobachtung gegangen; über den späteren Verlauf ist nichts bekannt.

Die Prognose bezüglich des Allgemeinleidens, zunächst der Dienst-, weiter der Erwerbsfähigkeit und zu erwartender weiterer Erkrankungen, erscheint durch die lokale Hörstörung weit weniger bedingt als durch das „psychische Milieu". Der debile und schwer psychopathische W. versagt als Soldat sofort völlig; und als er nach Behebung der Hörstörung einige Wochen Dienst getan hat, bricht die Hysterie in schwererer Form, in Anfällen, aus, so daß er dienstunbrauchbar wird, und auch die Prognose für seine Brauchbarkeit im privaten Erwerbsleben schlecht zu stellen ist, während R. schon mit seiner Schwerhörigkeit Obergefreiter geworden ist, mit dieser weiter Dienst tut, und auch eine besondere Schädigung durch die einseitige Taubheit, selbst bei längerem Fortbestehen, kaum davongetragen haben wird. Auch Becker (3) betont: „Für unsere militärdienstliche Beurteilung der Hysterie ist das psychische Moment ausschlaggebend."

Von den 10 hysterischen Amblyopien erfordert der Fall Kr. (10) eine gesonderte Betrachtung. Er schließt sich den geschilderten Fällen von Schwerhörigkeit insofern an, als die Erkrankung fast rein einseitig ist, im Gegensatz zu den 9 übrigen Fällen, und ausgelöst wird durch eine nicht unerhebliche und objektiv nachweisbare Schädigung des Auges. Kr. erkrankt nach der Sonnenfinsternis am 17. IV. 12 gleichzeitig mit anderen Leuten, welche durchaus das allgemein bekannte Bild der Augenschädigung durch Sonnenblendung bieten. Bei Kr. wird von Anfang an eine leichte dunkle Verfärbung der rechten Macula lutea festgestellt, die konstant bleibt. Bei voller Sehschärfe links ist die des rechten Auges auf 1/6 herabgesetzt. Das danach zu erwartende zentrale Skotom wird jedoch mit aller Bestimmtheit durch zahlreiche gründliche Untersuchun-

gen von spezialärztlicher Seite im Laufe der nächsten Wochen ausgeschlossen; vielmehr erweist sich das Gesichtsfeld des erkrankten Auges bedeutend eingeschränkt, für Farben bis auf ganz enge Grenzen. Innerhalb 14 Tagen sinkt die Sehschärfe rechts bis auf Fingerzählen in 1 m, in welchem Grade sie dann monatelang fortbesteht.

Da dieses Krankheitsbild weder dem Grade noch der Art nach auf die Netzhautschädigung durch Sonnenblendung bezogen werden kann, für eine Neuritis oder Atrophie des Sehnerven keine Anhaltspunkte vorliegen, wird die Diagnose auf hysterische Amblyopie gestellt. An sonstigen körperlichen Zeichen der Neurose werden nur „gesteigerte nervöse Erregbarkeit“ und später „herabgestzte Korneal- und Schleimhautreflexe“ festgestellt. Gestützt wird die Diagnose durch das eigentümliche Verhalten des Kr. Bei verbundenem gesunden Auge benimmt er sich im Zimmer, obgleich er Finger auf 1 m zählt, „wie ein vollkommen Erblindeter, faßt nach allen Gegenständen und tappt daran herum. Anders wie bei Erblindeten ist nur der Umstand, daß er vor allen im Wege stehenden Gegenständen kurz anhält, um dann erst danach zu fassen. Noch ehe er sie berührt, wird der Gang vor Hindernissen schon vorsichtiger“.

Trotzdem kann eine Simulation mangels irgendwelcher sonstigen Verdachtsgründe durchaus nicht angenommen werden. Nach einer mündlichen Mitteilung des damaligen Stationsarztes, Herrn Stabsarzt Dr. Mügge, ist bei Kr. keine der üblichen Proben zur Entlarvung simulierter einseitiger Blindheit gelungen. Das oben erwähnte Verhalten des Kr. ist durch die Eigenart der Assoziationen bei Hysterischen bedingt, und in Parallele zu stellen zu der Beobachtung, daß Menschen im hysterischen Krampfanfall sich selten eine Verletzung zuziehen.

Auffallenderweise ist nun bei dem Patienten, der dienstfähig geblieben ist, im späteren Verlaufe wirklich ein zentrales Skotom aufgetreten. Ob dieses noch als eine materielle Netz-

hautschädigung durch die Sonnenblendung oder als eine hysterische Krankheitsäußerung aufzufassen ist, dürfte sich nicht entscheiden lassen. Das letztere ist mir warscheinlicher, weil eine organische Erkrankung der lichtempfindenden Elemente in der Macula lutea gewissermaßen nach einer Inkubationszeit von Wochen oder Monaten meines Wissens bisher weder beschrieben noch auch recht erklärlich ist. Das zentrale Skotom bestand auch noch ¾ Jahre nach dem Krankheitsbeginn, während die Sehschärfe wieder auf 1/6 gestiegen war und auch die Orientierungsmöglichkeit sich gebessert hatte. Bemerkenswert ist, daß auf dem linken Auge die Sehschärfe bei Nachuntersuchungen nur 5/10 bezw. 5/8 gegen früher 5/5 betrug, also ein rein einseitiger Prozeß auch hier nicht vorliegt.

Die Entwicklung der doppelseitigen Amblyopien ist von den 9 Fällen nur in einem, Bl. (6), perakut. Eines Tages bemerkt er, daß er schlechter sieht, und am nächsten kann er plötzlich „fast nichts mehr sehen". Bei der Aufnahme nach vier Tagen zählt er Finger in ¼ m, erkennt Farben überhaupt nicht und hat ein konzentrisch stark eingeschränktes Gesichtsfeld. In 6 Fällen (1, 2, 4, 5, 7, 9) entwickelt bezw. verschlimmert sich die Schwachsichtigkeit allmählich im Laufe der ersten Wochen oder Monate der Dienstzeit, während bei A. (3) und H. (8) diese Entwicklung nicht beobachtet ist und brauchbare anamnestische Angaben nicht gemacht werden. Bei ihnen steht zu Beginn der Beobachtung die Sehschwäche auf der Höhe, die sie bei den anderen im Laufe von 1 bis längstens 4 Wochen nach Krankheitsbeginn erreicht. Mit Ausnahme des sehr leichten Falles N. (7), bei dem die schlechteste Sehschärfe noch annähernd 1/3 beträgt, sinkt sie bei allen auf sehr geringe Werte; auf dem schlechteren Auge mindestens auf 1/10, bei 3 Fällen auf 1/60, bei 2 Fällen auf 1/240. Sechsmal ist die Amblyopie auf beiden Augen annähernd gleich stark, wozu ich die Fälle rechne, bei denen das bessere Auge nicht das Doppelte des schlechteren sieht. Und in dem einzigen Falle, in dem die Differenz der Sehschärfe beider Augen dauernd er-

heblich ist, bei S. (9), ist die Amblyopie zuerst links bedeutend stärker, dann steigt links die Sehschärfe wieder fast auf ein Drittel, während sie rechts gleichzeitig plötzlich von 1/3 auf 1/60 sinkt.

Außer acht gelassen ist hierbei der Fall Dr. (2), bei dem eine einigermaßen zuverlässige Feststellung der Sehschärfe für jedes Auge besonders nicht möglich war, der auch im weiteren Verlaufe unklar ist und weiter unten bei Erörterung der Simulationsfrage erwähnt werden soll. Seine Amblyopie schwindet plötzlich unter einer „Drohsuggestion" nach nur zweitägigem Lazarettaufenthalt.

Die leichte Amblyopie des N. (7) ist nach 8 Tagen geschwunden, die schwere des Bl. (6) nach 2 Monaten auf annähernd halbe Sehschärfe zurückgegangen, während über die Dauer bei den übrigen 6 Fällen nichts angegeben werden kann, da sie bei der Entlassung als dienstunbrauchbar nach 1—3-monatlicher Beobachtung die Amblyopie noch in voller oder fast voller Schwere hatten. Angestellte Nachforschungen hatten nur in dem Falle J. (4) ein Ergebnis; bei ihm betrug 1½ Jahre nach der Entlassung die Sehschärfe beiderseits 1/10.

Sonstige hysterische Krankheitsäußerungen, die nicht erst bei der Untersuchung entdeckt werden, sondern dem Kranken selbst zum Bewußtsein kommen, wie Krämpfe, Lähmungen, Kontrakturen, Störungen seitens der übrigen Sinnesorgane fehlen in allen Fällen vollkommen; unangenehme Sensationen an den befallenen Augen werden zweimal angegeben. Das Verhalten der Kranken ihrer Sehschärfe gegenüber ist verschieden, während A. (3) sich bei Fähigkeit zum Fingerzählen in 1 m wie ein vollkommen Erblindeter benimmt, bewegt sich J. (4) bei einer Sehschärfe von 1/10 wie ein normal Sehender. Nicht im Einklang mit der festgestellten Sehschärfe von 8/30 steht die Angabe des H. (8) von seiner vollkommenen Nachtblindheit.

Aufgabe der Diagnose war es wieder, zunächst eine organische Grundlage der Sehstörung auszuschließen. Ein

Brechungsfehler bestand viermal, bei J. (4) und S. (9) Myopie, bei N. (7) geringe Hyperopie, bei Bl. (6) Astigmatismus hyperm. Von dem schnell heilenden Falle N. abgesehen, hatte die Vollkorrektion auf die Sehschärfe keinen Einfluß. Erkrankungen der brechenden Medien wurden durch die Untersuchung ausgeschlossen. Die in mehreren Fällen beobachteten geringfügigen Veränderungen des Augenhintergrundes sind belanglose Zufälligkeiten. Ein Herd im Verlaufe der Opticusbahn im Gehirn, der deren doppelseitige Unterbrechung verschuldete, hätte so groß sein müssen, daß er auch sonstige Symptome machte, und außerdem sicher nicht nur eine Amblyopie, sondern eine vollständige Amaurose. Am ehesten konnte das vorliegende Krankheitsbild, einschließlich der konzentrischen Gesichtsfeldeinschränkung, Folge einer Atrophie oder Neuritis der Nervi optici sein; hierüber hätte der Befund an der Papille Aufschluß gegeben. Intoxikationen, wie sie zur Amblyopie ohne nachweisbare anatomische Veränderungen führen können: Chinin, Nikotinabusus, sind anamnestisch auszuschließen. So blieb die Diagnose „hysterische Schwachsichtigkeit" übrig, die in allen Fällen durch den Nachweis hysterischer Stigmata bestätigt wurde.

Von diesen würde die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung besonderes Interesse haben, jedoch fehlen in vier Fällen Angaben über das Gesichtsfeld. Vermutlich war bei diesen, wie es bei zwei weiteren vermerkt ist, die Prüfung wegen der hochgradigen Schwachsichtigkeit nicht möglich. Bei S. (9) ist das Gesichtsfeld trotz bedeutender Sehschwäche „kaum merklich" eingeschränkt, bei Dr. (2) in mäßigem Grade, temporal bis auf 55° für weiß, und zwar nimmt hier die Einschränkung noch zu, nachdem die Sehschärfe wieder normal geworden ist. Am hochgradigsten ist die konzentrische Gesichtsfeldeinschränkung bei dem leichtesten Falle N. (7). Hier geht sie mit Besserung der Sehschärfe schnell zurück.

Von sonstigen hysterischen Stigmata werden erwähnt bei den 9 Fällen: Immer eine, wenigstens zeitweise, deutliche Her-

absetzung der Schleimhautreflexe, die dreimal dauernd aufgehoben waren. Immer gesteigerte vasomotorische Erregbarkeit; achtmal Tremor, davon einmal einseitig; sechsmal „gesteigerte“ oder „sehr lebhafte“ Knochenhaut- und Sehnenreflexe; fünfmal überempfindliche Druckpunkte.

Die Störungen der kutanen Sensibilität haben insofern ein besonderes Interesse, als ja die Anaesthesia retinae seit Charcot als eine Teil- oder Parallelerscheinung derselben gedeutet wird. „Sie findet sich demgemäß bei der kutanen Hemianästhesie wenn auch nicht ausschließlich, so doch vorwaltend auf dem gleichseitigen Auge. Doch haben spätere Untersuchungen ergeben, daß sie dann auch auf dem anderen Auge nicht völlig vermißt wird. Die Zusammenhänge dieser Gesichtsfeld-Amblyopie mit anderweitigen Empfindungsstörungen werden auch dadurch gekennzeichnet, daß sie für sich allein nicht vorkommt“ (Binswanger [4]). Demgegenüber fehlen Störungen der Hautsensibilität in meinem einen Falle (9) wenigstens zur Zeit der Untersuchungen völlig, was ja freilich bei ihrem wechselnden Charakter nicht beweist, daß sie nicht zu anderer Zeit vorhanden waren.

Eine Herabsetzung der Berührungsempfindlichkeit ist nur im Falle H. (8) gefunden, und zwar einseitig, während die Amblyopie auf beiden Augen gleich stark war. In den anderen 7 Fällen liegt eine Hypalgesie bezw. dreimal eine vollständige Analgesie vor. Diese verschiedene Beteiligung der Empfindungsqualitäten ist übrigens nach Becker (3) bei unserem hysterischen Soldatenmaterial auch sonst häufig. „Während die Berührungsempfindlichkeit vielfach ganz regelrecht ist, zeigt die Schmerzempfindlichkeit erhebliche Unterschiede.“ Bei F. (1) entspricht die Seite der ausgesprocheneren Hypalgesie derjenigen der stärkeren Schwachsichtigkeit, während Dr. (2), J. (4), Bl. (6) zwar eine Differenz der Schmerzempfindlichkeit beider Körperhälften, aber eine annähernd gleich starke beiderseitige Schwachsichtigkeit aufweisen.

Schließlich sei bemerkt, daß in 6 Fällen deutliche Zeichen einer hysterischen psychopathischen Konstitution bestanden.

Die Frage der Simulation ist, soweit ihr überhaupt näher getreten wurde, mit Recht in allen Fällen verneint; auch in dem Falle Dr. (2), in dem sie nicht außer Bereich der Möglichkeit liegt. Dr.s Sehschärfe war schon bei der Einstellung gegenüber der ein halbes Jahr vorher festgestellten vollen auf 2/3 beiderseits gesunken und betrug nach einem weiteren Monat 1/3. Nachdem er nunmehr ins Lazarett aufgenommen ist, liest er nicht einmal 5/30, aber unsicher, mit widersprechenden Resultaten für verschiedene Entfernungen. Plötzlich, nachdem in seiner Gegenwart seine Verlegung auf die Nervenstation zwecks Beobachtung auf seinen Geisteszustand angeordnet ist, stellt er sich spontan wieder vor die Sehtafel und liest beiderseits 5/5.

Wenn auch nicht völlig auszuschließen, so ist eine bewußte Simulation schon wegen dieser überraschenden Wendung nicht wahrscheinlich; ein Simulant würde doch sicher nicht einen so völlig unbemäntelten Rückzug antreten. Vielmehr läßt sich die Wiederherstellung der Sehfähigkeit als eine Wirkung der Drohsuggestion auf die überwertige Vorstellung des Nichtsehenkönnens deuten, wie solche Drohsuggestionen auch, namentlich bei Kindern, das plötzliche Aufgeben einer hysterischen Lähmung oder Kontraktur zur Folge haben können. Es kommt bei dem Patienten Dr. dazu in Betracht, daß seine hysterisch-psychopathische Konstitution eine hochgradige ist, wie sich, auch abgesehen von den zweifelhaften anamnestischen Krämpfen, in seinem unsteten und ängstlichen Wesen äußert. Eine strafrechtlich und z. B. bei Unfallkranken auch zivilrechtlich so schwerwiegende Entscheidung, wie sie die Feststellung der Simulation bedeutet, kann nicht in bejahendem Sinne gefällt werden, solange soviel dagegen spricht. Von den zur Entlarvung einer simulierten doppelseitigen Schwachsichtigkeit in Betracht kommenden Kriterien: Mißverhältnis zwischen festgestellter Sehschärfe und

Verhalten des sich unbeobachtet glaubenden Kranken, und widersprechende Ergebnisse bei Prüfungen mit verschiedenen Proben und in verschiedenen Entfernungen, würde das letztere auch bei Hysterischen höchst verdächtig sein, die Diagnose „Simulation“ aber auch erst nach Würdigung des ganzen Falles gestatten. Außer bei Dr. ist es in keinem Falle beobachtet. Das erstere wird durch das Wesen der Hysterie genügend erklärt.

Die Behandlung hat wenig Aussichten. Daß ein etwa gleichzeitig vorhandener Brechungsfehler korrigiert, eine Bindehautentzündung entsprechend behandelt werden muß, ist selbstverständlich. Die Versuche einer Beeinflussung der hysterischen Schwachsichtigkeit durch Galvanisation, Schwitzbehandlung, suggestiven Zuspruch haben eine erhebliche Besserung nur in dem einen Falle Bl. (6) erzielt, während Fall N. (7) ohne solche Prozeduren in wenigen Tagen zurückging. In allen übrigen Fällen waren sie erfolglos, wie es auch der Versuch der Ablenkung durch systematische Vernachlässigung und Beschäftigung in der Hausarbeit war. Ein Versuch mit den erwähnten Mitteln wird mangels wirksamerer immerhin gemacht werden müssen. Nicht ganz aussichtslos wäre vielleicht die hypnotische Behandlung. Da sie aber auch im günstigen Falle nur ein Symptom beseitigt, nicht jedoch vor dem Neuauftreten nervöser oder psychischer Störungen schützt, wurde sie in den vorliegenden Fällen nicht angewandt, vielmehr nach Sicherstellung der Diagnose „Hysterie“ baldigst das Dienstunbrauchbarkeitsverfahren eingeleitet.

Die Prognose hinsichtlich der Wiederherstellung der Sehschärfe ist nach den Angaben der Literatur günstig. Von den vorliegenden 9 Fällen werden jedoch 6 mit ihrer Amblyopie nach 1—3monatlicher Beobachtung entlassen, im einzigen nachuntersuchten Falle besteht sie noch nach 1½ Jahren. Da auch Bl. (6) erst nach 2 Monaten annähernd halbe Sehschärfe wiedererreicht, so muß das Leiden mindestens als ein langwieriges bezeichnet werden. Es sei jedoch bemerkt, daß ver-

mutlich eine viel größere Zahl von leichteren hysterischen Amblyopien in kürzerer Zeit wieder verschwindet, nur daß solche im allgemeinen nicht in stationäre Beobachtung kommen, wie es ausnahmsweise bei dem in diese Gruppe gehörigen N. (7) geschehen ist. Im Journal der Augenpoliklinik des Lazaretts findet sich eine Anzahl von Fällen, in denen eine mehr oder weniger plötzlich entstandene Herabsetzung der Sehschärfe auf etwa ½ oder ⅓ ohne entsprechenden objektiven Befund notiert ist, bei gleichzeitigem Bestehen anderer hysterischer Symptome. Daraus, daß diese Patienten nicht wieder zur Untersuchung erschienen, und ruhig weiter Dienst taten, läßt sich schließen, daß die Schwachsichtigkeit sich bald wieder ausgeglichen hat.

Bezüglich der in militärischen Verhältnissen vorwiegend interessierenden Prognose der Erhaltung der Dienstfähigkeit entspricht das Ergebnis der 10 Fälle demjenigen, was über die Prognose der Schwerhörigkeit gesagt ist. Von den schweren Fällen bleibt keiner dienstfähig. Den günstigsten Verlauf nimmt Bl. (6), bei dem das persönliche Interesse, das er als Kapitulant an der Erhaltung seiner Dienstfähigkeit hat, fördernd mitwirken mußte. Trotz Wiedererlangens einer ausreichenden Sehschärfe wurde er jedoch in Rücksicht auf die Schwere der zugrunde liegenden Hysterie wie die übrigen 7 dienstunbrauchbar. Nur bei zweien von ihnen, F. (1) und S. (9), handelt es sich um anscheinend psychisch intakte und intelligente Leute, die anderen fünf haben eine ausgeprägte psychopathische Konstitution, und zwar bemerkenswerterweise sämtlich mit einer mehr oder weniger hochgradigen Intelligenzschwäche verbunden. Es ist also auch hier weniger die lokale Störung der Schwachsichtigkeit, als vielmehr das psychische Milieu, das die Prognose hinsichtlich der Dienstfähigkeit und der Brauchbarkeit im Erwerbsleben ungünstig macht.

Zum Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, dem früheren ordinierenden Sanitätsoffizier der Korps-Nervenstation, Herrn Oberstabsarzt Dr. Becker, für die Anregung zu der vorliegenden Arbeit und deren Durchsicht meinen gehorsamsten Dank zu sagen.

Literatur.

1. Aschaffenburg, G.: „Hysterie", in Curschmanns „Lehrbuch der Nervenkrankheiten". Berlin 1909.
2. Becker, Th.: „Ueber Hypnosebehandlung." Medizin. Klinik 1909, Nr. 34.
3. — „Ueber Hysterie. Aus der Station für Nerven- und Geisteskranke des Garnisonlazarett I Metz." Dtsch. Mil. Zeitschr. 1911.
4. Binswager: „Die Hysterie", Bd. XIII, in Nothnagels „Spez. Path. und Therap." Wien 1904.
5. Dannehl: „Neurasthenie und Hysterie in der Armee." Dtsch. Mil. Zeitschr. 1909.
6. v. Frankl-Hochwart und Topolanski: „Zur Kenntnis der Augensymptome bei Neurosen", in Deutschmanns Beiträgen zur Augenheilkunde, Bd. II, 1895.
7. Fuchs: „Lehrbuch der Augenheilkunde." 12. Aufl. Leipzig und Wien 1910.
8. Knies: „Die einseitigen zentralen Sehstörungen und deren Beziehung zur Hysterie." Neurologisches Zentralblatt 1893.
9. Körner: „Lehrbuch der Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten." 2. Aufl., Wiesbaden 1909.
10. Oppenheim: „Lehrbuch der Nervenkrankheiten." 6. Aufl., Berlin 1913.
11. Purves-Stewart: „Die Diagnose der Nervenkrankheiten" übersetzt von Dr. Karl Hein, Leipzig 1910.

12. Stier: „Die Bedeutung der Nerven- und Geisteskrankheiten in der Armee im Lichte der Sanitätsstatistik.“ Dtsch. Mil. Zeitschr. 1905.
13. Treitel: „Ueber funktionelle Störungen des Gehörs.“ Neurologisches Zentralblatt 1901.

Lebenslauf.

Ich, Verfasser dieser Arbeit, Otto Kluge, bin als Sohn des jetzigen Kgl. Gymnasialdirektors Prof. Franz Kluge und seiner Gattin Cäcilie, geb. Cramer, am 5. Dezember 1887 in Lingen a. d. Ems geboren, evangelischer Konfession. Meine humanistische Bildung erhielt ich auf dem Kaiser Wilhelms-Gymnasium zu Hannover. Ostern 1906 erlangte ich das Zeugnis der Reife und studierte von da an bis Ostern 1911 an der Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen zu Berlin Medizin. Im Sommer 1906 diente ich mit der Waffe bei der 9. Komp. 2. Garde-Regiments zu Fuß. Am 10. Juli 1908 bestand ich die ärztliche Vorprüfung. Am 1. März 1911 wurde ich zum Unterarzt beim Königs-Infanterie-Regiment (6. Lothringischen) Nr. 145 ernannt. Mein praktisches Jahr leistete ich vom 1. März 1911 bis 29. Februar 1912 am Kgl. Charité-Krankenhause zu Berlin (auf den Kliniken der Herren: Ziehen, His, Killian, Hildebrand) ab. Am 24. Mai 1912 erhielt ich nach Ablegung der ärztlichen Staatsprüfung die Approbation als Arzt. Während meiner Studienzeit besuchte ich die Kliniken, Kurse und Vorlesungen folgender Herren: Beitzke, Benda, v. Bergmann, Bier, Brieger, Bumm, Engelmann (†), Gabriel, Goldscheider, Heffter, Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, His, Köhler, Kraus, Krömer, Lesser, v. Michel (†), Nagel (†), Orth, Pagel (†), Passow, Pels-Leusden, Posner, Rubens, Rubner, Rumpel, F. E. Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Strassmann, Virchow, Waldeyer, Williger, Ziehen.

Allen meinen verehrten Herren Lehrern spreche ich an dieser Stelle meinen ehrerbietigen Dank aus.